IX kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 227)
z dnia 12 stycznia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 227)

12 stycznia 2023 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, oraz posła **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat dostępności i liczby oddziałów pediatrycznych, ginekologiczno-położniczych w powiatach na przestrzeni lat 2015–2023, ze szczególnym uwzględnieniem liczby i lokalizacji tych oddziałów oraz zmian w ich dostępności wynikających z otwierania lub zamykania oddziałów.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Daniel Rutkowski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Anna Stalmach-Młynarska** zastępca dyrektora Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski** były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, wojewódzki konsultant położnictwa i ginekologii, **Krzysztof Góra i Izabela Marcewicz-Jendrysik** eksperci Pracodawców RP, **Marek Wójcik** pełnomocnik do spraw legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski, Małgorzata Siedlecka-Nowak, Jakub Stefański, Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym w dniu dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie członków Komisji, panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam zaproszonych gości.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat dostępności i liczby oddziałów pediatrycznych oraz ginekologiczno-położniczych w powiatach na przestrzeni lat 2015-2023, ze szczególnym uwzględnieniem liczby i lokalizacji tych oddziałów oraz zmian w ich dostępności wynikających z otwierania lub zamykania oddziałów. Jest to punkt z planu pracy Komisji. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, Szanowna Komisjo, na początku skoncentruję się na pediatrii ze względu na to, że jest to dziedzina, która w okresie nie tylko pandemii, ale także obecnie, przy szczycie zachorowań szczególnie na wirusa grypy i wirusa RSV powoduje to, że dosyć dużo młodych ludzi jest hospitalizowanych w oddziałach pediatrycznych. W tym momencie okazało się, że chwilami w różnych szczytach pandemii miejsc może być mało. Także doskonale państwo wiecie, że jeżeli chodzi o oddziały pediatryczne, liczba młodych ludzi przyjmowanych na owe oddziały uwarunkowana jest czasami okresem infekcyjnym. Najczęściej są to miesiące jesienno-zimowe, kiedy nie tylko dzieci, ale wszyscy chorujemy na różne choroby infekcyjne. Przekłada się to także na młodych ludzi.

Okres, w którym jesteśmy w tej chwili, jest okresem szczególnym. Jest to okres popandemiczny, kiedy z dosyć dużą siłą ujawniły się choroby wirusowe, szczególnie te, które dotyczą młodych ludzi. Mówimy tutaj o wirusie RSV, o wirusie grypy, która w tej chwili jest dominującym schorzeniem, które jest hospitalizowane w oddziałach pediatrycznych. Myślę, że w tym momencie jesteśmy już na szczycie infekcji, jeżeli chodzi o infekcje wirusowe. Od kilku dni obserwujemy, że w oddziałach pediatrycznych w całym kraju dzieci nie przybywa już w tak dużych ilościach. Na dziś mamy zajętych około 62% miejsc w oddziałach pediatrycznych. Dominują dzieci z chorobami wirusowymi. Kilka tygodni temu dominował szczególnie wirus RSV, w tej chwil sytuacja się odwróciła, więcej jest osób, które chorują z powodu zakażenia wirusem grypy niż z powodu wirusa RSV.

Oczywiście może się wydawać, że dostępność jest niewystarczająca, ale może skoncentruję się na kilku aspektach, dlaczego takie jest. Oczywiście najważniejszym czynnikiem determinującym są kadry, czyli lekarze pediatrzy, których mamy w naszym kraju obecnie czynnie wykonujących zawód ponad 15 tys. Dokładnie 15 267 lekarzy czynnie wykonuje zawód pediatry. Część stanowią lekarze specjaliści, część stanowią lekarze ze specjalizacją I stopnia, czyli z poprzedniego modelu kształcenia. W ostatnich latach, a szczególnie w ostatnich miesiącach, jeżeli chodzi o zainteresowanie młodych ludzi, którzy kończą uniwersytety medyczne, wydziały lekarskie, specjalizacją z pediatrii, obserwujemy, że zdecydowanie zainteresowanie to rośnie. W ubiegłym roku na tzw. rozdaniu wiosennym rezydentur mieliśmy przyznanych 95 miejsc przez Ministra Zdrowia, a zostało zajętych tylko 47. Na rozdaniu jesiennym, nie tak odległym w czasie, przyznaliśmy 284 miejsca, a zostały zakwalifikowane 252 osoby. A więc widzimy tutaj zdecydowany wzrost zainteresowania młodych ludzi, studentów, właściwie już nie studentów, tylko osób, które chcą robić specjalizację pediatryczną. Bardzo nas to cieszy, szczególnie, że na dziś osób, które się specjalizują w zakresie pediatrii, czy to w trybie rezydenckim, czy to w trybie poza rezydenckim, jest 2301. Jest to dosyć duża grupa, która myślę, że będzie zaspokajała potrzeby, jeżeli chodzi o kadrę pediatryczną. Jest to dosyć specyficzna specjalizacja. Dotyczy to najmłodszych.

Zwiększyliśmy także zdecydowanie limity na studia medyczne. Mówimy tutaj o kierunku lekarskim. Przypomnę, że w roku akademickim 2022/2023 jest zwiększenie limitów przyjęć o ponad 3000 miejsc na kierunki lekarskie. W tej chwili wynoszą one 9406 osób. Oczywiście będzie to owocowało w latach późniejszych, ale to, że zwiększamy limity jest bardzo ważne. Myślę, że część z tych osób na pewno wybierze specjalizację z pediatrii.

Jeżeli chodzi o to, ile jest oddziałów pediatrycznych, jakie jest ich rozmieszczenie, o przedstawienie sytuacji poproszę pana dyrektora Dzięgielewskiego albo pana dyrektora z Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli pan przewodniczący pozwoli.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa MZ Michał Dzięgielewski:

Szanowni państwo, sytuacja nie jest czarno-biała. Oddziały pediatryczne są pewnym specyficznym miejscem, w którym istnieje coś takiego, co jest bardzo dobrze widoczne, a mianowicie sezonowość. Do końca roku 2020 mieliśmy prostą i oczywistą sytuację. Tak jak wszystkie inne oddziały szpitalne, oddziały pediatryczne, niezależnie od tego, jakiej specjalności, a więc i pediatrie ogólne, i oddziały specjalistyczne były finansowane w ramach ryczałtu. Był wtedy spokój z punktu widzenia zarządzających. Istniał oddział. Zgodnie z tym, jak to wszystko kontraktuje Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z tym, jak są ułożone materiały, oddział musiał zapewnić przynajmniej jednego lekarza, dyżurnego lekarza na oddziale pediatrii. Ewentualnie mógł być łączony z neonatologiem w szpitalach powiatowych. Do tego był personel pielęgniarski, odpowiednia liczba łóżek wpisanych do rejestru.

Ponieważ dzieci stały się priorytetem, pojawił się Fundusz Medyczny. Fundusz Medyczny gwarantował jedno. Niezależnie od tego, ile świadczeń zostanie zrealizowanych na rzecz dzieci, wszystkie świadczenia zostaną sfinansowane bądź z pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia, bądź z pieniędzy Funduszu Medycznego. Kawałek ten okazał się być kawałkiem, który szybko i gwałtownie rósł. Cały czas zwiększamy pieniądze przekazywane na świadczenia zrealizowane na rzecz dzieci i młodzieży do 18 roku życia, nie-

zależnie od tego, na jakim są oddziale. Ponieważ tak jak mówiłem, oddziały pediatryczne i wszelkie oddziały dziecięce w szpitalach finansowane były ryczałtem, trudno w tym przypadku mówić o jakichkolwiek nadwykonaniach, skoro nie ma żadnego limitu, a wszystkie świadczenia wpadają, brzydko mówiąc, do jednego rozliczeniowego worka.

W związku z tym od początku roku 2021, zgodnie z naszym rozporządzeniem, jeżeli chodzi świadczenia udzielane na oddziałach dziecięcych, Narodowy Fundusz Zdrowia zaczął finansować osobno za każde świadczenie, za każdą hospitalizację. Jak państwo doskonale pamiętacie, nałożyło się to na apogeum epidemii. Epidemia wiązała się oczywiście z lockdownami, z zamknięciami szkół, wiązała się z nią także zwiększona higiena. Okazało się, że jeżeli dzieci myją ręce i przerwany jest łańcuch zakażeń, to oddziały właściwie stoją puste. Nagle okazało się to problemem, że oddziały, które wcześniej przynosiły zyski jako oddziały finansowane ryczałtem, przestały pokazywać zysk, przy czym od razu odróżniono dwie prędkości oddziałów dziecięcych. Jedne to były zwykłe pediatrie, które głównie są obecne w szpitalach powiatowych, w szpitalach wojewódzkich jako jedyne oddziały, które zajmują się głównie biegunkami, infekcjami różnego rodzaju, ewentualnie diagnostyką. Oddziały te właściwie stały w połowie bądź w jednej trzeciej puste. Niemalże żaden z nich nie osiągnął pełni realizacji tego, co założono w budżecie. Problem ten nie dotyczył specjalistycznych oddziałów dziecięcych, które leczą choroby, do których potrzeba wyjątkowych umiejętności, które nie są prostymi pediatriami, które nie są zabiegowe. Na tych oddziałach przez cały czas wypracowywano kontrakty nawet z naddatkiem. Były tam także nadwykonania. Okazało się zatem, że mamy pediatrę dwóch prędkości.

Kiedy zaczęliśmy się zastanawiać, czy nie wrócić z powrotem do ryczałtu, jeżeli chodzi o podstawowe oddziały pediatryczne, w tym momencie pojawiło się coś kolejnego, pojawiła się jesienna epidemia infekcji, która spowodowała, że oddziały doszły do 110, 120, a nawet 130% realizacji miesięcznego kontraktu i zasadniczo to wszystko wyrównały. Teraz na dwoje babka wróżyła. W niektórych momentach, wtedy, kiedy nie wykonują, lepszy byłby ryczałt, czyli w niektórych momentach lepsze byłoby finansowanie według realizacji. Obecnie mamy do rozwiązania tak naprawdę gigantyczny dylemat, w jaki sposób elastycznie zakontraktować oddziały pediatryczne. Ci, którzy zarządzają albo bawili się w zarządzanie szpitalami, wiedzą doskonale, na ile jest to dylemat, żeby nie zmuszać dyrektorów szpitali do tego, że przez cały rok utrzymują 50 łóżek, które w znakomitej większości szpitali w miesiącach lipcu i w sierpniu stoją puste. Personel, który tam przychodzi, pilnuje powietrza, ponieważ żadne dziecko w lecie nie choruje. Jak to zrobić, żeby w momentach, kiedy mamy szczyt zachorowań, tak jak teraz, kiedy mamy RSV i grypę, czyli w okresie jesienno-zimowym, zapewnić odpowiednią liczbę łóżek, które pomieściłyby dzieci, a jednocześnie niekoniecznie utrzymywać łóżka w ciągu lata, na wiosnę, kiedy dzieci już nie chorują i nie obkładają łóżek?

Jak państwo wiedzą, ogólnie rzecz biorąc, dotychczasowy system kontraktowania wszelkich oddziałów, czy to w ryczałcie, czy to poza ryczałtem, jest systemem dosyć sztywnym, jest systemem, który niejako wymusza stałą obecność personelu, stałe utrzymywanie łóżek, a z obłożeniem jest bardzo różnie. Oczywiście ideałem by było, gdyby w każdym powiecie znajdował się szpital, znajdował się oddział pediatryczny, ale śmiem przypuszczać, że dużo bardziej chodzi o to, żeby w każdym powiecie dzieci dostały pomoc w razie, gdy dzieje się coś gwałtownego. Jeżeli państwo pamiętają biegunki, to w przypadku znakomitej większości biegunek wystarczy wręcz kilkugodzinny pobyt dziecka, jego odpowiednie nawodnienie parenteralne, ponieważ dzieci bardzo szybko się odwadniają. Jest to dosyć błyskawiczny stan, ale plus jest taki, że dzieci też bardzo szybko się nawadniają. Chodzi o to, żeby móc udzielić im pomocy, żeby miały dostęp do pediatrii, ale niekoniecznie musi to być 40 łóżek pediatrycznych w każdym szpitalu powiatowym. Chodzi o to, żeby pediatra był jak najbliżej.

Oczywiście w ramach fali jesiennej czy wcześniejszej letniej, wiosennej niektórzy dyrektorzy podejmowali decyzje o tym, żeby zamykać oddziały pediatryczne, ale nie były to duże oddziały w dużych powiatach, tylko były to zazwyczaj małe oddziały pediatryczne. Raczej trzeba zastanowić się nad narzędziami, które umożliwią to, żeby dziecko miało dostęp do pediatry, dlatego że znakomita większość przypadków da się załatwić

w ramach ambulatoryjnej porady, ewentualnie w ramach krótkiego pobytu na izbie przyjęć. Zbadane i zaklasyfikowane jako nadające się do hospitalizacji cięższe przypadki w tym momencie mogłyby być przewiezione do sąsiedniego szpitala. Większość szpitali, póki co jeszcze ma pediatrię. Akurat na szczęście jest ze mną dyrektor Rutkowski, gdyż we dwóch próbujemy wymyśleć jakieś rozwiązanie, które pozwoli nad tą sytuacją zapanować. Tak mniej więcej wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o pediatrię. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze coś, tak? Proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Proszę państwa, jeżeli chodzi o liczbę oddziałów pediatrycznych, w 2015 roku zaczynaliśmy od 404 oddziałów pediatrycznych. Podobnie było w 2016 roku. Potem rosło nam po pięć oddziałów rocznie, 415, czyli najwięcej oddziałów było w roku 2018. Potem oscylowało to wokół liczb: 407, 410. Spadek zaczął się w okresie epidemii, tak jak mówiłem. W tej chwili mamy zakontraktowanych 387 oddziałów pediatrycznych. Jest to początek 2023 roku. Od zeszłego roku ubyło nam dziesięć oddziałów pediatrycznych, tak jak mówię, mniejszych oddziałów, które nie zapewniały obłożenia nawet w warunkach większej infekcji. Nowo zawartych umów przez cały ten czas od 2015 do 2023 roku było dziewięć, a umów rozwiązanych było 41.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę. Kto z pań i panów? Jeszcze pani poseł Zawisza? W takim razie niech pani dopyta, o co pani chciała zapytać. Proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

W informacji są jeszcze oddziały ginekologiczno-położnicze.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan dyrektor ponownie. Proszę.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

W takim razie rozwinę temat o oddziały położnicze. Nie chciałem rozwijać tematu, którego nie zaczął pan minister Kraska, ale w takim razie zrobimy wszystko w jednym combo.

Liczyłem na panią poseł, nawet się martwiłem, że pani nie ma, ponieważ wiedziałem, że temat ten leży pani na sercu, pani poseł. Jeżeli chodzi o oddziały położnicze i oddziały neonatologiczne, od kiedy jestem w systemie opieki zdrowotnej z drugiej strony, nie od strony realizatora świadczeń, tylko od strony bądź to instytucji finansującej, gdzie spędziłem 15 lat, bądź teraz od strony Ministerstwa Zdrowia, bez przerwy słychać głos konsultantów krajowych, konsultantów wojewódzkich. Podnoszą jasno, że oddziały, w których odbywa się 100, 150, 200 porodów rocznie, są to oddziały, które nie zapewniają wystarczającej jakości opieki, ponieważ nie zapewniają wystarczającego przestrzegania standardów. Jeżeli dziecko rodzi się rzadziej niż codziennie, ogólnie rzecz biorąc, można przyjąć, że są to oddziały, w których uśpiona jest w jakimś stopniu czujność. Rozumiem, że chodzi o oddziały geograficznie wykluczone. Na pewno będzie tutaj argument Bieszczad. Zapamiętałem to sobie i z ustawy o jakości, i ze wszystkich poprzednich przemówień. Trzeba jakoś znaleźć konsensus z geografią, natomiast nie ma uzasadnienia utrzymywanie dwóch oddziałów, które są w odległości 15 kilometrów od siebie, jeżeli każdy z nich ma 250 porodów. W takich sytuacjach nawet dyrektorzy oddziałów wojewódzkich sami podpowiadali rozwiązania racjonalne z punktu widzenia i pacjentów, i szpitali, i zarządzania, a nawet z punktu widzenia miejscowej populacji, żeby takie oddziały łączyły się. Oczywiście należy mieć w głowie mapę, mieć w głowie czasy dojazdu i ewentualnie organizować lepszy transport, ale ruchy, które do tej pory się odbywały, nie sprowadzały się do rozwiązywania oddziałów, które były duże czy które były znaczące na mapie województwa, powiatu czy jakiegokolwiek innego miejsca. We wszystkich tych przypadkach mówiliśmy o stosunkowo małych oddziałach położniczo-neonatologicznych, które zamykały się z racji tego, że trudno jest znaleźć instrumenty finansowe, które pozwolą na utrzymanie takiego oddziału, a jednocześnie

zagwarantować bezpieczeństwo pacjentom w sytuacji, kiedy lekarz nie będzie miał dostatecznego doświadczenia.

Ci z państwa posłów, którzy są lekarzami, wiedzą doskonale, że to doświadczenie czyni mistrza. Tak naprawdę powtarzanie poszczególnych procedur gwarantuje do pewnego stopnia bezpieczeństwo pacjentów. Gwarantuje także możliwość znalezienia się w każdej sytuacji, nawet w tej, która wydaje się zaskakiwać. W związku z tym racjonalne jest, żeby oddziałów nie było aż tyle, ile jest w tej chwili, gdyż na mapie Polski w dalszym ciągu można wskazać małe oddziały. Jedyna rzecz, nad którą należy się zastanowić, to właśnie miejsca rzeczywiście odległe i wykluczone geograficznie. Jeżeli czas dojazdu zaczyna być długi, to w przypadku gwałtownej czynności porodowej można po prostu nie zdążyć. Sam zacząłem pracę wiele lat temu w miejscowości, w której akurat jak przyjechałem, był remont szpitala, ale wcześniej istniała izba położnicza. Gwałtowne porody odbywały się na izbie położniczej w obecności położnej. W zupełności dawało to komfort. W tej chwili ginekolodzy trochę sprzeciwiają się temu, żeby położne same prowadziły porody, ale o ile pamiętam, jest dopuszczony produkt pod tytułem poród domowy, który przyjmuje położna, ewentualnie lekarza ma na zapleczu jako nadzorującego, którego można wezwać w każdej chwili. Niemniej poród jest czynnością fizjologiczną, jak zwykli byli mawiać mądrzy położnicy. Tak to wygląda. Jeżeli się nie przeszkadza, dziecko powinno się urodzić.

Jeżeli chodzi o liczby, gdyż z całą pewnością liczby też będą istotne, muszę je tylko odnaleźć w kartkach. A może dyrektor Rutkowski przedstawi liczby, będzie prościej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo, pan dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia MZ Daniel Rutkowski:

Dzień dobry. Witam serdecznie. Witam panie przewodniczący, witam szanownych państwa zgromadzonych. Jeżeli chodzi o liczby związane z oddziałami położnictwa i ginekologii, na przestrzeni lat, o których mowa, czyli lat 2015-2022, kształtowały się one w ten sposób. W roku 2015 mieliśmy 424 miejsca udzielania świadczeń, czyli 424 oddziały. Mamy trend, który raczej jest związany z malejącą liczbą tychże miejsc. W 2016 roku było 419 miejsc, w 2017 były 403 miejsca, a w roku 2022 były 364 miejsca. Jest to podobna liczba do liczby dni w roku. Jeżeli chodzi o województwa, są też takie, w których zmiany nie były duże i istotne. Na przykład oddział podlaski, właściwie województwo podlaskie zachowało tę samą liczbę. Ale są też takie województwa jak np. dolnośląskie, gdzie były 33 miejsca, a obecnie jest 25. Tutaj też mamy zróżnicowanie. Tak naprawdę pewnie jest to również wynikiem tego, o czym mówi pan dyrektor Dzięgielewski, że w pewnych miejscach było dużo szpitali, gdzie liczba realizowanych porodów związana oczywiście z demografią, z liczbą narodzin, malała. W związku z tym trudno było zachować liczbę, która gwarantowała jakość, bezpieczeństwo dla pacjentów. Są to tego typu zmiany związane ze wspomnianymi czynnikami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze pan dyrektor.

Dyrektor departamentu MZ Michał Dzięgielewski:

Tutaj dobrze widać trend, o którym mówiłem. Województwo podlaskie jest rozległym województwem, z dużymi odległościami pomiędzy poszczególnymi miejscowościami. Może tam dojść do wykluczenia geograficznego. Tam polityka, jeżeli chodzi o zamykanie oddziałów, nie postępowała aż tak szybko jak na Dolnym Śląsku. Zarządzałem Dolnym Śląskiem, wiem, że tam od szpitala do szpitala wędruje się bardzo szybko.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Pan poseł Hok, jak widzę. Bardzo proszę.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, bardzo dziękuję panu dyrektorowi za diagnozę, jeżeli chodzi o pediatrę, jeżeli chodzi o położnictwo i ginekologię. Jeżeli chodzi o pediatrę, to rzeczywiście sytuacja jest taka, że porodów mamy coraz mniej, dzieci rodzi się coraz mniej. Dla przypomnienia chciałbym tylko uświadomić, że w roku 1984 mieliśmy największą liczbę porodów w Polsce. Było ich chyba 740 tys. Dzisiaj mamy 320-330 tys. Pokazuje to skalę tego, co się wydarzyło. Dzieci rodzi się coraz mniej.

W jednej z tabeli zauważyłem liczbę hospitalizacji, jeżeli chodzi o dzieci na oddziałach pediatrycznych. Trochę niepokojące jest to, jeżeli mówimy o opiece pediatrycznej, że coraz więcej hospitalizacji u dzieci jest niestety, z powodu nowotworów. Tu zwiększa się liczba hospitalizacji. Jeżeli chodzi o wrodzone wady serca, także zwiększa się liczba hospitalizacji, pomimo mniejszej liczby porodów, mniejszej liczby dzieci. Zwiększa się też w przypadku astmy, trudności w oddychaniu. Zwiększa się w przypadku chorób gardła, uszu, nosa. To chyba wynika również z jakości powietrza, ze smogu. Mam takie wrażenie. Są tu także przewlekłe choroby wątroby. Jest to chyba niepokojące.

Liczba pediatrów rzeczywiście jest mała, a optymistyczne prognozy pana ministra są trochę nie do końca tak bardzo optymistyczne, ponieważ zanim wykształciły pediatrę, mija przynajmniej sześć lat specjalizacji. Minie przynajmniej dziesięć lat, kiedy lekarz będzie rzeczywiście mógł funkcjonować.

Jeżeli chodzi o oddziały położnicze, rzeczywiście jest to problem wynikający także z lokalizacji oddziałów, ale myślę, że mieliśmy już dużo czasu, żeby zweryfikować rozporządzenia. Jeżeli tak jak powiedział pan dyrektor, jest 100, 150 porodów, to nie tyle chodzi nawet o ekonomię i straty finansowe, ale o bezpieczeństwo pacjenta i pacjentki. Jeżeli poród odbywa się raz na dwa, trzy dni, a pod parą trzyma się lekarzy, położne, sale do cięć cesarskich, anestezjologa, jest to zupełnie nieracjonalne. Od wielu lat mówiliśmy o tym, że należałoby zweryfikować ustawowo bądź też rozporządzeniem liczbę porodów, która powinna być kontraktowana do Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli chodzi o funkcjonowanie oddziału. Przynajmniej 500, 600 porodów to powinno być minimum, o którym zresztą mówimy od wielu, wielu lat.

Z drugiej strony, o czym także mówimy, jest wzrastająca liczba cięć cesarskich. To chyba też wynika z coraz trudniejszej oceny jakości opieki położniczej, ponieważ dochodzimy już nawet do 50% porodów, które kończą się cięciem cesarskim, co jest wynikiem zatrważającym. Miałem przyjemność i obowiązek pracować na oddziale położniczym. W tamtym czasie, nie tak dawno temu, około 15 lat temu liczba ta była w granicach 15-20%. To już wydawało się nam bardzo, bardzo dużo. Dzisiaj jest 50% i nikogo to jakoś nie hamuje przed wskazaniami, które są coraz bardziej łatwo dostępne, jeżeli chodzi o cesarskie cięcie.

Myślę, że zadań przed położnictwem jest bardzo dużo, a jeżeli chodzi o regiony, tutaj powinna decydować mapa potrzeb zdrowotnych. Chyba nie jest tajemnicą, że są takie regiony, gdzie w promieniu 50-60 kilometrów są trzy, cztery szpitale, które mają oddziały położnicze. W okresie letnim obłożenie łóżek wynosi tam 20-30%. Jeżeli chodzi o oddziały położnicze, jest po 150, nawet mniej, jest po 200 porodów. Funkcjonują z różnych powodów: z powodów ekonomicznych, ale czasami przede wszystkim z powodów samorządowych, politycznych, kiedy trudno zamknąć oddział, trudno o czymś zdecydować. Czasami szpital jest największym zakładem pracy. Przekłada się to na różne konsekwencje, o których nie chcę w tej chwili mówić, ponieważ nie chcę w to mieszać polityki. Myślę, że pion ten jest bardzo ważny do zreformowania. Myślę, że mimo wszystko w dobie zmniejszającej się liczby porodów decyzje jednak powinny być podjęte chyba w sposób dosyć szybki i sprawny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, szanowni państwo, panie pośle, myślę, że sprawa, o której w wielu aspektach słusznie mówił pan poseł, chociażby kwestia liczby cięć cesarskich, jest tematem jednak dosyć szerokim. Powiedzmy sobie jasno. Widzę tutaj grupę lekarzy. Pan jest lekarzem, ja jestem lekarzem, jest wielu innych lekarzy w tej chwili na sali i w ogóle na stałe jako członków Komisji. Są jasne i wyraźne wskazania, kiedy cięcie

powinno być robione. Podstawowy problem zaczyna się od tego – należy postawić pytanie, a liczby same na to wskazują – że wskazania są naciągane. W moim przekonaniu nie ma innego wytłumaczenia. Jest to oczywiście związane z bardzo różnymi rzeczami. Podstawowa rzecz, o której medycy wiedzą i medycy nie wiedzą. Tak jak powiedział pan dyrektor, poród jest fizjologią, natomiast przeprowadzenie cięcia cesarskiego jednak wiąże się z wieloma różnymi zagrożeniami. Laicy mają prawo tego nie wiedzieć. Wydaje się, że jest to tylko bardziej komfortowe urodzenie dziecka. Tak jednak nie jest. Wydaje się, że również na etapie prowadzenia ciąży trzeba o tym uświadamiać. Tak, w sytuacji, kiedy są pewne kryteria i trzeba cięcie przeprowadzić, w ogóle jest to poza dyskusją. Wtedy oczywiście nie należy ani chwili dłużej czekać. Wtedy, kiedy cięcie trzeba przeprowadzić, należy to zrobić, natomiast statystyki, badania nie nas polityków, tylko towarzystw naukowych, pewne dane, które są ogólnoświatowe, wskazują jasno. Trzeba z tego wyciągać jakieś wnioski.

Być może słusznie dyskutujemy na temat jakości w ochronie zdrowia. Jakość to z jednej strony kwestia dostępności i możliwości przeprowadzenia cięcia w bezpieczny sposób, ale z drugiej strony jednak nie robienia tego w każdym przypadku. Pewnie wiąże się to także z tym, że są lekarze, którzy prowadzą ciążę, nawet bywa, że przychodzą, żeby wesprzeć swoich kolegów na dyżurze. Wydaje się, że jest to szersze zagadnienie. To, o czym powiedział pan poseł, że cięć jest bardzo dużo, jest w pełni zasadne. W tej części zgadzam się z wypowiedzią pana posła. Należy się temu przyjrzeć. Jeszcze raz podkreślam, że w każdym przypadku, w którym cięcie powinno być zrobione, wtedy powinno być zrobione, nie powinno być przeciągane. Natomiast w sytuacjach, w których nie ma wskazań medycznych, jednak nie powinno być robione. Przede wszystkim powinno się informować pacjentkę, dlaczego nie powinno być robione, że np. to nie jest zła wola lekarza czy kogokolwiek.

Druga sprawa dotycząca pediatrii. Myślę, panie ministrze, że jest to jedna ze specjalności deficytowych. Wiem, że środowisko chociażby młodych lekarzy rezydentów zmienia swoje poglądy i podejście co do przesuwania miejsc rezydenckich. Raz było tak, później chciano inaczej, teraz jest inaczej, też nie do końca się to podoba, ale tak czy inaczej w moim przekonaniu należy szukać takich rozwiązań, które dadzą możliwości tam, gdzie są miejsca specjalizacyjne, tam, gdzie miejsc rezydenckich było mniej niż miejsc specjalizacyjnych, a okazało się, że zgłosiło się więcej osób. Na przykład były trzy miejsca, zgłosiło się pięć osób. Chodzi o specjalność deficytową, np. pediatrię, gdyż o niej teraz mówimy. Dostały się trzy osoby z najlepszym wynikiem, dwie nie, ale nie można przesunąć rezydentury w wolne miejsce, pomimo że w innej dziedzinie medycyny zostały niewykorzystane miejsca. Możemy dyskutować, czy pomiędzy każdymi specjalizacjami ma być możliwość swobodnego ruchu i przesuwania, natomiast wydaje się, że jeżeli chodzi o przesunięcia w kierunku specjalizacji deficytowych, powinno to być. Powinniśmy się cieszyć z tego, że są absolwenci, którzy chcą realizować właśnie specjalizację deficytową. Powinniśmy im to maksymalnie umożliwić. Taka jest moja uwaga z prośbą ewentualnie o uwzględnienie tego w państwa pracach.

Widzę wiele zgłoszeń. Pani poseł Zawisza, patrząc w kolejności. Później pan poseł Sośnierz, który, jak widziałem, też się zgłaszał. Bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Zacznę jednak od cesarek, dlatego że wydaje mi się to ważne, biorąc pod uwagę, jak nadal wygląda sytuacja na oddziałach położniczych, gdzie kobietom wciąż odmawia się znieczulenia, ponieważ może pojawić się jakiś teoretyczny mężczyzna – jest to autentyczna sytuacja – który będzie potrzebował pomocy np. podczas zawału albo wylewu. W związku z tym autentyczna sytuacja wyglądała tak, że rodzącej kobiecie odmówiono znieczulenia, ponieważ anestezjolog musiał być w gotowości w innej sprawie, która nie nadeszła.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tylko jednak uwaga, pani poseł. Nie mieszajmy do tego płci. To pierwsza sprawa.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Tak powiedział lekarz.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Kobiety też mają zawały.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

To nie jest...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

A po drugie, proszę pamiętać, że anestezjolog i pełna obsada lekarska jest potrzebna do cięcia w większym stopniu niż do jakiejkolwiek innej procedury.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Są to słowa lekarza. To lekarz się do tego odwołał. Jeżeli chodzi o to, jak wygląda np. forum czy grupa „rodzić po ludzku", jak wyglądają opisy porodów, szczerze powiedziawszy, nie dziwię się, że kobiety decydują się na to, żeby rodzić przez cesarki. Trauma porodu, kiedy jest to kolejny poród, jest po prostu czymś, co jest nie tylko nieprzepracowane, ale co oczywiście nigdy w życiu nie powinno się wydarzyć. Zmuszanie kobiet do rodzenia w pozycjach, które są dla nich niekomfortowe, zakaz ruchu w sytuacji podpięcia KTG, brak sprzętu, który umożliwiałby normalne poruszanie się, rodzenie na korytarzach w przepełnionych porodówkach, dlatego że akurat jest jakiś szczyt, tego typu sytuacje są to naprawdę zatrważające historie, które są opisywane codziennie. Wiem, dlatego że jestem na tych grupach. Najpierw zajmijmy się jakością i realizacją procedur, realizacją standardów, a potem może przeprowadzajmy działania edukacyjne. System, który jest obecnie, nadal jest systemem, który wymaga jakiegoś ludzkiego podejścia, którego nadal niestety, często brakuje.

Jest szczególny powód, dla którego wnosiłam o wpisanie tego tematu, nad którym dzisiaj debatujemy, do planu pracy Komisji. Kadencję rozpoczynaliśmy jeszcze z panem ministrem Niedzielskim w roli prezesa NFZ od dyskusji o tym, czy tzw. współczynnik korygujący, który miał być wprowadzony dla porodówek z liczbą porodów poniżej 400 rocznie, nie spowoduje likwidacji dostępu do takich oddziałów na terenach oddalonych od wielkich miast. To, co miało się odbywać pod sztandarem jakości i troski o dobre umiejętności personelu oddziałów, trochę jakby działo się przy braku namysłu nad tym, jak zastąpić owe oddziały. Mam wrażenie, że nadal tego nie ma.

Dobrze przećwiczone jest wpływanie na wskaźniki rynku i ślepa wiara w to, że rynek wszystko wyreguluje, że 40 czy 60 kilometrów dalej to nie jest problem, ponieważ pacjentki sobie dojadą. Rozumiem, że w takich sytuacjach, o których mówił pan dyrektor, że jest to 15 kilometrów, faktycznie jest to do rozważenia, ale mówimy tak naprawdę o całych obszarach, najczęściej już wcześniej defaworyzowanych, gdzie państwo polskie jeszcze dodatkowo pokazuje kobietom, że nie warto mieć dzieci. Dostęp do takich podstaw jak wygoda porodu tam, gdzie mieszkam, wygoda leczenia dziecka na oddziale pediatrycznym tam, gdzie mieszkam, to naprawdę są czynniki wpływające na liczbę dzieci. Potem zaprzyjaźnione z władzą fundacje krzyczą po całej Polsce na bilbordach, gdzie są dzieci. Właśnie między innymi tutaj. Tak naprawdę od tego się zaczyna. Porodówki znikają wyraźnie szybciej niż spada liczba porodów. W 2015 roku było ich 424, a w 2022 roku było ich 365. Jest to spadek o 13,9%. Liczba dzieci w 2015 roku wynosiła 370 tys., liczba dzieci w 2021 roku wynosiła 331 tys. Jest to spadek porodów o 10%.

Zresztą namysłu nad sytuacją dużych porodówek trochę też brakuje. Oczywiście można powiedzieć, że porody przesunęło się do większej porodówki, tylko że nadal w Polsce większa porodówka jest większa o jedną salę porodową, a obłożenie na niej jest takie, że akcja „rodzić po ludzku" naprawdę ma ręce pełne roboty. Po to, żeby rodzić po ludzku, potrzeba by było porodówki, które przejmują więcej porodów z daleka, wyposażyć w dodatkowy personel, infrastrukturę. Tego też nie ma. Mamy się więc tłoczyć i zadawalać zapewnieniami ministra, że przepełniony oddział z niewystarczającym personelem, zastanawiającym się nad tym, jak spełnić standardy ludzkiego porodu, to coś, z czym po prostu musimy się pogodzić. Tymczasem historie, które naprawdę pojawiają się na forach „rodzić po ludzku" i innych grupach parentingowych, rodzicielskich, są naprawdę zatrważające. Nadal zdarzają się sytuacje, gdzie kobiety w ostatniej chwili są przewożone na sale porodowe, ponieważ nie było dla nich miejsca. Są to właśnie duże porodówki, gdzie odbywa się wiele porodów.

Państwo często opowiadają, że jesteście pro life, że jesteście rządem prorodzinnym, ale jak przechodzimy do szczegółów, to okazuje się, że polityka zwiększająca liczbę dzieci polega na zmniejszeniu liczby porodówek i oddziałów pediatrycznych. A jak Polki zechcą jednak rodzić, to co? Jak z dala od dużego miasta kobieta nie będzie miała, gdzie rodzić, a w dużym mieście będzie rodzić w przepełnionym oddziale na korytarzu, to przecież nie jest to, coś co zachęca do tego, żeby mieć dzieci. Widzimy to…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, do tej pory pani nie przerywałem, ale naprawdę są jakieś granice. Rodzić na korytarzu. Naprawdę bardzo panią proszę. Po to, żeby było jasne, ministrowi nic do tego. Mówię to w obronie dyrektorów szpitali, lekarzy i położnych.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Ale to nie jest wina dyrektorów szpitali.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czuję się w obowiązku bronić lekarzy i położne. Naprawdę są jakieś granice. Pani poseł, naprawdę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Ale to nie jest ich wina. Jest to wina źle zorganizowanego systemu. Jest to wina tego, że system ma się sam uregulować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mówi pani o cięciach cesarskich. Tam, gdzie będzie niewiele porodów, do tego jeszcze cięcia cesarskie, kiedy nie mają doświadczenia, kiedy nie ma neonatologii. Pani poseł, naprawdę bardzo panią proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Panie przewodniczący, system sam się nie ureguluje.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Apeluję przede wszystkim w obronie lekarzy i położnych. Naprawdę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

To nie jest ich wina, że dzieją się tego typu rzeczy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przedstawia pani jakieś dantejskie sceny. No naprawdę. Są rzeczy, które są nieprawidłowe, ale znajmy proporcje w tym wszystkim.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

68% kobiet w wieku 18-45 lat nie planuje potomstwa w bliższej lub dalszej perspektywie.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie z powodu braku porodówki w Sokółce.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Jest to jeden z wielu powodów. Brak mieszkań, niestabilne zatrudnienie, zła sytuacja gospodarcza, to, jak wygląda system porodowy.

Co do pediatrii, pan dyrektor wskazał, że ma dylematy, dlatego że oddziały albo są puste, albo są przepełnione. Kompletnie to rozumiem. Z tego miejsca od razu chciałabym podziękować posłance Sójce za zorganizowanie zespołu do spraw pediatrii. Wydaje mi się, że jest to na tyle ważna sprawa, że dobrze, że taki zespół powstał, ale mam pytanie, dlaczego w dobie pandemii nie traktować pustych łóżek jak infrastruktury krytycznej. Jest to problem z optyką, który często występuje w dyskusji o ochronie zdrowia. Problemu z niedowidzeniem nie ma np. w przypadku armii. Nad tym, że czołgi stoją i się kurzą, nikt nie łamie rąk, natomiast jak mamy nadmiarowe łóżka przez dwa, trzy miesiące, są dylematy. Mam wrażenie, że jest powszechnie akceptowane, że infrastruktura militarna po prostu może sobie być, natomiast kiedy mówimy o ochronie zdrowia, co jest kluczowe i krytyczne, jest jakaś chęć do tego, żeby jednak oddziały likwidować, a Minister Zdrowia potem świeci oczami, jak na oddziałach pediatrycznych w szczycie zachoro-

wań dzieci wycieńczone np. biegunką wirusową łapią dodatkowo RSV albo grypę, dlatego że nie ma miejsca, żeby zapewnić odpowiednie warunki sanitarne. Wydaje mi się, że jednak warto by było rozważyć, żeby traktować to jako infrastrukturę krytyczną, biorąc pod uwagę, że mówimy o małych dzieciach, które lądują na oddziałach pediatrycznych. Ok., rozumiem, że w przypadku biegunki można nawodnić dziecko w trybie ambulatoryjnym i odesłać po kilku godzinach domu, ale kiedy mówimy o RSV...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, bardzo proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Już kończę. Kiedy mówimy np. o RSV albo o zapaleniu płuc, to w przypadku dziecka, które ma trzy tygodnie albo trzy miesiące, dziecko musi tam spędzić tydzień. I to nie jest tak, że tydzień może spędzić oddalone od domu o kilkadziesiąt kilometrów, jeżeli drugi rodzic musi coś dowozić do szpitala, dlatego że mamy taką sytuację sanitarną, epidemiczną, jaką mamy. Nie jest tak, że po prostu na oddziały można dowolnie wchodzić i wychodzić. Wydaje mi się, że...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, dziesięć minut to naprawdę długo.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Już kończę. Jest to coś, co naprawdę warto by było jednak rozważyć. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Proszę jednak o pewną dyscyplinę czasową. Pan poseł Sośnierz. Jeszcze jedna uwaga. Z osób spoza Komisji zgłosił się już pan przewodniczący Wójcik. Jeżeli ktoś z państwa gości chce zabrać głos, to też oczywiście proszę. Pani, tak? Wiem. Proszę sygnalizować. Widziałem pani zgłoszenie, jest wiele zgłoszeń również innych posłanek. Teraz pan poseł Sośnierz. Proszę.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Dziękuję bardzo. Chciałbym bardzo podziękować i pogratulować panu dyrektorowi Dzięgielewskiemu. W tej chwili go nie ma. Jest, przepraszam. Był pan zasłonięty. Dziękuję za niezwykle trafne wystąpienie i trafną ocenę sytuacji. Rzadko kiedy tak sensownie ktoś przedstawia sprawę. Nie będę odnosił się do szczegółów, natomiast wystąpienie to jest tylko dowodem na to, że aktualny system organizacyjny, finansowanie, wymogi stawiane przez resort, i nie tylko przez resort, przez Narodowy Fundusz Zdrowia uniemożliwiają właściwe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Jest to koronny dowód na to, że trzeba głęboko przemyśleć, jak poprowadzić sprawy ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ aktualna struktura organizacyjna, i nie tylko, wszystkie wymienione przeze mnie aspekty, podobnie jak jeszcze inne, to tylko dowód na to, że system trzeba zreformować, zmienić, dlatego że swoją sztywnością uniemożliwia on właściwe funkcjonowanie. Dziękuję bardzo, panie dyrektorze, za tak dobre wystąpienie, za tak sensowną diagnozę sytuacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, może pan przewodniczący Wójcik.

Pełnomocnik do spraw legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni państwo, po pierwsze, dziękuję za podjęcie tego tematu. Jest on bardzo ważny dla samorządów powiatowych. W tym kontekście muszę natomiast powiedzieć, że żałuję, że informacja, którą państwo przygotowaliście, w niewielkim stopniu odpowiada tematowi naszej dyskusji. Przedstawia tak naprawdę całość sytuacji oddziałów pediatrycznych, ginekologicznych, położniczych, bez wskazania sytuacji tych oddziałów na poziomie powiatów. A więc byłbym bardzo wdzięczny, gdybyście państwo zechcieli w jakimś nieodległym czasie uzupełnić informację o tę dotyczącą prostych szpitali powiatowych. Właśnie to głównie dzisiaj nas skupia.

Odniosę się też do przedstawionego materiału w kilku kwestiach szczegółowych, ale bardzo konkretnie i bardzo szybko. Po pierwsze, chciałbym zwrócić państwu uwagę, że wciąż nie mamy standardów, które określałyby, gdzie oddziały powinny być i jakie powinny być. Poza liczbą 400 porodów, która krąży w przestrzeni publicznej od kilku lat, która zresztą, nawiasem mówiąc, nie jest egzekwowana, co jasne, nie było żadnych dodatkowych innych elementów, które pokazywałyby standard. Zresztą chciałbym powiedzieć, że wrzucenie do jednego worka ginekologii i położnictwa z pediatrią jest to wrzucenie troszkę dwóch różnych światów. Dlatego będę poruszał się po jednym i po drugim.

Prosimy o to, żeby taki standard się pojawił. Prosimy o to, żeby w przypadku restrukturyzacji szpitali powiatowych znaleźć sposób, po pierwsze, argumenty przekonujące do tego, żeby ograniczać, likwidować oddział tam, gdzie jest to uzasadnione, żeby zachęcać samorządy, żeby wykonywały to, powtarzam, tam, gdzie jest to uzasadnione, po drugie, argumenty, które będą mobilizowały do tego, żeby modernizować szpitale pediatryczne. Chciałbym powiedzieć, że w sprawozdaniu macie państwo informacje o tym, ile pieniędzy jest na modernizację infrastruktury szpitalnej z Funduszu Medycznego, ale chcę z przykrością stwierdzić, że wśród 14 projektów, które otrzymają dofinansowanie, nie ma szpitali powiatowych. Dotyczy to zupełnie innego świata. W tej chwili nie ma środków na modernizację szpitali powiatowych. Wtedy, kiedy był ogłoszony konkurs w Funduszu Medycznym, prosiliśmy o to, żeby obniżyć barierę minimum 50 mln zł na realizację projektu. Bariera, limit 50 mln natychmiast wyeliminował mniejsze szpitale z możliwości aplikowania o środki. Stąd prośba o to, żeby znaleźć takie środki.

Wydaje się, że konieczny jest przegląd map potrzeb, które moim zdaniem są już nieaktualne ze względu na to, że chociażby w kwestii demograficznej, o której państwo mówiliście – jak trzeba, to podam twarde dane GUS-owskie – założenia dotyczące wskaźników demograficznych nie sprawdzają się. Niestety, są gorsze, praktyka jest gorsza niż założenia. W związku z tym podobnie w zakresie wojewódzkich planów transformacji, które mają być przyczynkiem do restrukturyzacji, także w stosunku do wspomnianych oddziałów, moim zdaniem potrzebna jest weryfikacja. Chciałbym państwu powiedzieć, że na wszystkie przedsięwzięcia restrukturyzacyjne dotyczące szpitali powiatowych w wojewódzkim planie transformacji jest, drodzy państwo, 60,1 mln zł. Nie pomyliłem się, chodzi o miliony. Jak państwo zobaczycie krajowy plan transformacji na lata 2023-2026, jest to 60 mln.

Myślę, że warto byłoby spróbować wspierać te szpitale, które chcą odejść od wprowadzania oddziałów i lecznictwa stacjonarnego bądź planowanego w dzisiejszej formule na rzecz jednodniówek. Doskonale państwo wiecie – teraz przejdę do pediatrii – że znakomicie lepiej dla dziecka jest wtedy, kiedy będzie mogło być leczone w procedurze jednodniowej, kiedy nie musi zostawać w szpitalu na noc. Dla dziecka jest to zawsze trauma. Jest wiele możliwości, żeby zachęcać prowadzących szpitale do tego, żeby rozwijali procedurę jednodniową, czasami w miejsce istniejącej dzisiaj procedury związanej z utrzymaniem całodobowego ostrego oddziału.

Następna sprawa. Powiem dosyć odważnie. Otóż chciałbym państwu powiedzieć, że warto byłoby przyjrzeć się zjawisku, o którym już lekko była mowa przy okazji porodów i cięć cesarskich. Chciałbym państwu powiedzieć, że jestem bardzo zasmucony tym, że w Polsce rośnie, a nie maleje wskaźnik liczby porodów martwych. Pamiętam, że w połowie ubiegłego wieku było to straszne. W najgorszym roku na 1000 porodów 108 było martwych. Była to katastrofa. Dogoniliśmy Europę. Zresztą Polska i Europa z punktu widzenia WHO jest w obszarze niskiego zagrożenia martwymi porodami. Jaki jest wskaźnik? Jeżeli jest poniżej 6 promili martwych porodów, jest ok., jest to strefa niskiego zagrożenia. Goniliśmy Europę w tym zakresie. W tej chwili średnia europejska wynosi 3,4 promila, ale nasi sąsiedzi mają znakomicie lepsze dane. Skandynawia, Finlandia, Estonia mają zaledwie półtora martwego porodu na 1000, Niemcy trzy porody, Czechy dwa i pół, ale nie chcę tego rozwijać. Natomiast my ciągle mamy 1200-1300 porodów w ciągu roku. Tutaj jest stabilizacja, tyle tylko, drodzy państwo, że nie ma stabilizacji w liczbie porodów. Jeżeli w 2014 roku mieliśmy 402 tys. porodów, a teraz mamy 332 tys., to w związku z tym 1200 – niby jest tu stabilizacja – daje zupełnie inny wskaź-

nik. Warto się temu przyjrzeć. Mówię o tym otwarcie. Nikogo o nic nie winię, tylko wskazuję, że jednak jest pewien kłopot. Trzeba się przyjrzeć, skąd się to bierze.

Bardzo dziękuję za to, że w materiale jest bardzo cenna część dotycząca, wskazująca na to, jakiego rodzaju schorzenia są leczone na oddziałach, jakie są hospitalizacje na oddziałach pediatrycznych. Po pierwsze, wyciągam dwa wnioski. Pierwszy jest taki, że w dalszym ciągu jeszcze nie odbudowaliśmy się po covidzie. W stosunku chociażby do 2019 roku daleko nam do liczby hospitalizacji, ale co ważne, warto zwrócić uwagę na te rzeczy, o których zresztą mówił tutaj pan poseł, na kategorie hospitalizacji, w których w ostatnich latach mamy przyrost, i to czasami znaczący. Nie będę powtarzał, ponieważ pan poseł bardzo precyzyjnie to określił, ale wydaje mi się, że warto się temu przyjrzeć, dlaczego akurat w tych kategoriach, przy tych schorzeniach mamy do czynienia z przyrostem.

Kolejna rzecz to kwestia dotycząca liczby oddziałów. Także pozwolę sobie dosyć odważnie do tego podejść. Być może państwa zaskoczę. Pewnie pani poseł przestanie mnie lubić, ja panią bardzo lubię, myślałem, że pani też mnie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie przewodniczący, proszę troszeczkę zachowywać rygory czasowe.

Pełnomocnik ds. legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Dobrze, już przyspieszam, panie pośle, ale chcę powiedzieć, drodzy państwo, że musimy znaleźć konsensus między ilością a jakością. Ja przynajmniej opowiadam się za jakością. I twierdzę, że robię to w obronie rodzących pań oraz dzieci. Wydaje mi się, że dążenie do tego, żebyśmy w Polsce mieli 300-350 dobrze wyposażonych, z dobrą kadrą, oddziałów ginekologiczno-położniczych, zagwarantuje nam większą jakość, większe bezpieczeństwo niż 400-450 oddziałów, jak było kiedyś. Będzie to już ostatnie zdanie. Już dawno pożegnaliśmy dostępność komunikacyjną. Panie, które rodzą, już dawno przestały się tym przejmować. Czy mają pięć kilometrów od siebie szpital czy nie, to szukają dobrej opieki. W związku z tym z dostępnością komunikacyjną bym tutaj nie przesadzał. Postawiłbym na jakość. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani posłanka Dziuk.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, przysłuchuję się dzisiejszej debacie. Jeżeli chodzi o ostatnie zdanie mojego poprzednika, zgodzę się z tym, że kobiety wybierają sobie miejsce porodu. Standardy, które zapewniają szpitale, są naprawdę bardzo wysokiej klasy, i to dzięki wsparciu Ministerstwa Zdrowia. Nie jest tak, jak tutaj mówili moi przedmówcy, że porodówki są rodem z czasów PRL-owskich. Standardy są naprawdę dźwigane, są dodatkowe środki zarówno ministerialne, ale też i z Unii Europejskiej. Jeżeli pan dyrektor dzisiaj nie ma takiej wiedzy, to może nam udostępni dane, jak były doposażone porodówki. Z tego, co się orientuję, szły na to naprawdę gigantyczne kwoty i z Ministerstwa Zdrowia, i ze środków unijnych.

Nie wierzcie państwo w szerzoną demagogię, że tak naprawdę to ministerstwo jest za wszystko odpowiedzialne. Przepraszam bardzo, cały wysoko wykształcony personel medyczny w swoich miejscach pracy dba o godne miejsce dla rodzącej kobiety. Nie można mówić jak moja koleżanka posłanka, że dochodzi do jakichś dantejskich scen na korytarzach czy gdziekolwiek. Bynajmniej z mojego regionu nie mam takiej wiedzy, a przypuszczam, że w innych regionach Polski jest podobnie. Zresztą jest to szczególne miejsce dla kobiet, które zajmują się polityką. Bynajmniej ja i moje koleżanki posłanki również interesujemy się porodówkami, dlatego że jest to miejsce, gdzie tak naprawdę godność kobiety jest najważniejsza. Na pewno zdarzają się sporadyczne przypadki, trudne sytuacje, ale może wynikają one z jakichś przesłanek. Niemniej jesteśmy po to, żeby to po prostu weryfikować.

Myślę, że jest też wola ze strony ministerstwa, żeby wspomagać te szpitale, które mają jakieś problemy. Na Śląsku – mogę mówić za region śląski – jest współpraca pomiędzy

oddziałami porodowymi, tym bardziej gdy są komplikacje, gdy jest ciąża zagrożona, gdy są uwarunkowania już podczas prowadzenia karty ciąży. Wtedy kobiety są kierowane przez lekarzy do specjalistycznego szpitala. Jeżeli w trakcie porodu wynikają jakiekolwiek problemy, także bardzo szybko podejmowane są działania, żeby przewieźć kobietę do wysoko wyspecjalizowanego ośrodka. Myślę, że na tej płaszczyźnie jest wypracowany dosyć dobry standard, a co do reszty, myślę, że Ministerstwo Zdrowia będzie wychodzić naprzeciw oczekiwaniom. Jak osoby, które mają jakiekolwiek wątpliwości, skierują pismo do pana ministra, do wydziału lecznictwa, na pewno pochylą się tam nad tym tematem, ale muszą to być fakty, a nie informacje zasięgnięte z portali internetowych. Musi być konkretnie, że to i to zdarzyło się w tym i w tym miejscu, była taka i taka sytuacja, a nie opowiadanie historii, które może nie do końca są prawdziwe.

Ze swojej strony chciałabym bardzo podziękować zarówno panu ministrowi, jak też wydziałowi do spraw lecznictwa. Muszę państwu powiedzieć, że pan dyrektor naprawdę dokłada wszelkich starań, żeby pomagać każdemu, nie patrzy pod względem politycznym. Zawsze podkreślam, że zdrowie nie ma barwy politycznej. Pan dyrektor, ministerstwo, patrzą od strony organizacyjnej, formalnej. Każdy otrzymuje wsparcie. A więc wielkie uznanie. Myślę, że razem możemy wypracować dobre zmiany. Tylko ten się nie myli, kto nie pracuje. Trzeba podejmować pewne decyzje. Za decyzje te trzeba być odpowiedzialnym.

Zgadzam się z panem przewodniczącym reprezentującym miasta i powiaty. Zgadzam się ze statystyką. Mamy nad czym pracować. Standardy, które są wprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia, są to standardy na miarę XXI wieku. Musimy to tak zrobić, żeby kobieta czuła się bezpiecznie przede wszystkim w mediach, czytając różnego rodzaju wpisy, podejmując decyzję, gdzie może rodzić po ludzku. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że przeciwnego zdania będzie pani poseł Daria Gosek-Popiołek.

Poseł Daria Gosek-Popiołek (Lewica) – spoza składu Komisji:

Nie. Nie będę odnosiła się do wystąpienia pani poseł, natomiast chciałbym odnieść się do dyskusji, która tak naprawdę toczy się także poza Komisją, do dyskusji o medykalizacji porodów i rosnącej liczbie cesarskich cięć. Chciałabym zauważyć, że także w ramach Komisji coraz mocniej wybrzmiewają głosy, w ramach których wina za decyzje dotyczące porodów zaczyna być gdzieś zrzucana na rodzące kobiety. Mówi się, że to pacjentki chcą cesarskiego cięcia, to pacjentki nie wiedzą, nie rozumieją, z czym się to wiąże. Panie pośle, niestety, tak kreowana jest też debata publiczna, tymczasem ciąże pacjentek ktoś prowadzi, są lekarze, którzy pomagają im bądź nie podjąć taką a nie inną decyzję, którzy przedstawiają im takie a nie inne propozycje i rozwiązania.

Zwracam uwagę, że także cała ciąża jest bardzo mocno medykalizowana. Przecież dużą część naszej ciąży spędzamy w gabinetach lekarskich, nie w gabinetach położnych, nie na konsultacjach z położnymi. A więc tutaj jest w pewnym sensie jakiś problem. I jest to problem, który między innymi został również stworzony pewną praktyką lekarską. A więc część głosów o tym, że jest za dużo cesarskich cięć, powinna być kierowana do tych lekarzy, którzy przez lata budowania systemu, niestety, do tego doprowadzili. Mówię to z pełną świadomością jako kobieta, która urodziła dwójkę dzieci, która jednak chciała zrobić wszystko, żeby porody nie były cesarskim cięciem. Niestety, w pierwszym przypadku tak się nie udało, a w drugim przypadku w Krakowie miałam kłopoty, będąc jednak relatywnie młodą kobietą, ze znalezieniem lekarza prowadzącego, który pozwoliłby mi podejść do porodu naturalnie po pierwszej cesarce, chociaż nie miałam żadnych przeciwwskazań do porodu naturalnego ani za pierwszym, ani za drugim razem. A więc to też pokazuje pewną praktykę. To po pierwsze.

Po drugie, należy także wskazać, że dużym problemem w Polsce jest to, że kobiety nie mają wiedzy i bardzo często również kontroli nad swoim porodem. Nie są respektowane plany porodu, które uzupełniają wspólnie ze swoją położną, nad którymi pracują np. w szkole rodzenia, do której uczęszczają z mężem czy partnerem. Bardzo często – i mówimy tutaj o naprawdę znaczących procentach – kobiety są zmuszane do porodu w pozycjach, które są dla nich niewygodne, ale są stosowane w danym szpitalu. Położnej,

lekarzowi wygodniej jest przyjąć poród, nie wiem, na leżąco niż w kucki. Bardzo często jest też tak – dochodzą do mnie takie głosy ze strony kobiet rodzących – że pomimo doskonałego przygotowania szpitala, np. posiadania wanny do rodzenia, pacjentki są przez lekarzy, położne zniechęcone do ich wykorzystywania, ponieważ jest to w jakiś sposób kłopotliwe.

A więc albo stworzymy system, w którym pacjentki będą dysponowały rzetelną wiedzą, ich ciąża będzie odmedykalizowana, ale od samego początku, będą czuć się bezpiecznie, a wtedy tak naprawdę przełoży się to na zmianę podejścia, albo po prostu będziemy dalej brnąć w dyskusje, że kobiety nie wiedzą, co robią i dlatego chcą cesarek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hardie-Douglas.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Zupełnie niespodziewanie dyskusja zwekslowana na porody rozwiązywane cięciami, w związku z czym z kolei chcę coś powiedzieć w obronie lekarzy. Bardzo zasmuciła mnie tutaj wypowiedź pana przewodniczącego Latosa, którego już nie ma, że w tej chwili bardzo naciągane są wskazania do cięć i stąd jest ich wysoki procent.

Chciałbym powiedzieć, że dzisiaj w Polsce jest około 44% porodów rozwiązywanych cięciami. Wskazania są bardzo dokładnie opisane w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Wskazań z roku na rok jest więcej. Między innymi dlatego Polska, która była na samym końcu Europy, jeżeli chodzi o śmiertelność noworodków, śmiertelność okołoporodową, zmieniła tę sytuację diametralnie. Wiąże się to między innymi z tym, że jest więcej wskazań do cięć cesarskich. Byłbym tutaj daleki od tego, żeby oskarżać położników, że naciągają wskazania. Oczywiście zawsze można znaleźć jakąś kazuistykę, jakieś przykłady, kiedy rodząca bardzo boi się porodu, który jeszcze do tego nie jest znieczulony. Chciałbym powiedzieć, że to też nie jest takie proste. W szpitalu, w którym pracuję, gdzie było chyba dwunastu anestezjologów, ani jeden nie był do tego przygotowany. Nie jest tak, że każdy anestezjolog może prowadzić poród przez podanie znieczulenia zewnątrzoponowego. Trzeba być do tego wyszkolonym i przygotowanym. Pomimo tego, że byli tam świetni anestezjolodzy, żaden się tego nie podejmował. To nie jest taka prosta sprawa, że wyda się dyrektywę, że na życzenie ma być poród w znieczuleniu, a potem wszyscy będą to robić. W bardzo wielu szpitalach, również dużych, po prostu nie ma ludzi, którzy by potrafili to prowadzić.

Absolutnie bronię tutaj ginekologów. Uważam, że liczby są mniej więcej podobne w większości krajów Europy Zachodniej. Mówię o rozwiązywaniu porodu cięciem cesarskim. Nie jest to nic złego. Oczywiście całkowicie zgadzam się z tym, że powinno to być uzgodnione pomiędzy lekarzem położnikiem a rodzącą. Powinna ona znać wszystkie niebezpieczeństwa związane z tym, że jednak puści się poród dołem, siłami natury, kiedy lekarz uważa, że jest to niebezpieczne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Dziękuję bardzo. Chciałam powiedzieć bardzo krótko, ale chyba nie da się. Myślę, że warto jednak zwróć uwagę na oddziały położniczo-ginekologiczne, na standardy położnicze, ponieważ jest to początek życia człowieka. Dziecko powinno rodzić się rzeczywiście w warunkach jak najlepszych, dlatego że potem mamy potrzeby pediatryczne, profilaktykę. Potem mamy społeczeństwo takie czy inne, zdrowe lub mniej zdrowe. Jest to ogromne pole do działania. Ochrona zdrowia jest to rzeczywiście sens bytu każdego człowieka, pewnego rodzaju wyborów, których dokonujemy.

Myślę, że w tej chwili głosy, które dzisiaj usłyszeliśmy, to też różnice pokoleniowe, które słyszymy. Inaczej zachowują się kobiety, inaczej podchodzą do różnych trudności, podejmują różne decyzje. Tak samo mężczyźni, rodziny, itd. Niemniej warto zwrócić uwagę na to, żeby było jak najmniej – tutaj zgadzam się z panem reprezentującym powiaty – martwych porodów, dlatego że jest to zły wskaźnik. Jest to jedna rzecz. Może wymaga to szerokiego omówienia, ale myślę, że przede wszystkim są to standardy gine-

kologiczno-położnicze. Przecież ginekolodzy starają się jak najlepiej wykonać swoje zadania. Zawsze byłam za tym, żeby wynagradzać każdy poród ze strony lekarsko-pielęgniarskiej, ponieważ są to najważniejsze rzeczy w stosunku do przyszłości życia każdego człowieka.

Chciałabym powiedzieć, że przećwiczyłam, przeżyłam w swoim życiu lekarskim i politycznym różne systemy. Mam wrażenie, że to, co robimy w ostatnich latach, jest dobre, jeżeli chodzi o strategię, za którą odpowiada ministerstwo, strategię polityczną, jak rozwiązywać problemy, jak organizować ochronę zdrowia, jednak elementów organizacji jest bardzo wiele. Mówimy tutaj o organizatorach szpitali, placówek świadczących opiekę. Wczoraj odbyliśmy debatę nad nową ustawą o jakości. Mam nadzieję, że dopina ona wiele spraw, które będziemy realizować w latach następnych, dlaczego że w ochronie zdrowia niczego nie robi się natychmiast, od razu i nie od razu jest widoczny efekt. Dlatego też musimy się liczyć z tym, co się dzieje w społeczeństwie, ale podejmować decyzje polityczne, jaką przyjmujemy formułę, jakie rozwiązania są najlepsze. Pochylmy się nad tym, co w tej chwili mamy przed sobą do zrobienia. Skupmy się też nad wspomnianą ustawą o jakości, dlatego że daje ona różne rozwiązania. Może tam będziemy mogli też znaleźć odpowiedź na bieżące problemy, o których tutaj dzisiaj mówiliśmy, w zakresie pediatrii, która została przekazana w ręce lekarzy POZ. Być może w tej chwili wymaga jakiegoś innego rozwiązania. Stąd także w zespole do spraw pediatrii pochylamy się nad tym.

W medycynie jest tak, że niczego nie ma na stałe, niczego nie ma do obliczenia w kosztach tak jak przy sprzedaży produktu w sklepie. Chcielibyśmy wszystko wyliczyć. Dobrze, że idziemy w kierunku tego, że jednak oceniamy finansowo, ekonomicznie, organizacyjnie, ale zawsze jest to bardzo trudna przestrzeń, najtrudniejsza dla każdej grupy rządzącej. Prawie po pięćdziesięciu latach w swoim zawodzie, licząc również studia, widzę, że były różne pomysły. Były zmieniane przez następnych polityków. W wahaniach, w rozwiązaniach dochodzimy do tego, żeby dać trochę więcej swobody w decyzjach na dole oraz żeby trochę jednak owe decyzje ograniczać. Myślę, że idziemy w dobrym kierunku, za co dziękuję. Miałam duże obawy, że ustawa, w sprawie której zresztą wczoraj miałam wypowiedź w imieniu klubu, może wywołać jakiś niepokój, jednak potrzebujemy tej ustawy, dlatego że pozwoli nam ona jeszcze doorganizować się. Być może oczywiście zostawimy jeszcze dużo pola do działania, którego w tej chwili nie jesteśmy w stanie przygotować, ale czas przynosi różne rzeczy. Zaskoczyła nas pandemia, podobnie jeszcze wiele rzeczy może nas zaskoczyć. Jest to samo życie. Ochrona zdrowia jest najtrudniejszym tematem dla każdego, kto za nią odpowiada, przynajmniej w jakiejś części. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Sebastian Irzykowski:

Dzień dobry. Wiceprezes Irzykowski z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Bardzo serdecznie dziękuję państwu, paniom posłankom, panom posłom, panu przewodniczącemu za to, że doceniacie rolę medyków, położnych, lekarzy ginekologów i położników, że bronicie naszej wiedzy, naszych umiejętności, naszego doświadczenia. Czasami bywa tak, że niestety, media społecznościowe wywołują lawinę różnych komentarzy, różnych spekulacji, tworzą się różne grupy na facebooku czy w innych mediach, kreując wyobrażenie o naszej pracy, że jest tam wiele błędów i wiele wypaczeń. Tak naprawdę należałoby te rzeczy weryfikować. Jeżeli takie sytuacje mają miejsce, są odpowiednie organy, również nasze samorządowe, które takie rzeczy są w stanie zweryfikować i odpowiednie osoby pociągnąć do odpowiedzialności, jeżeli rzeczywiście naruszenia bądź błędy zostały popełnione.

Mam prośbę, żebyście państwo jednak zwrócili uwagę na pewną rzecz. Poród i ciąża to fizjologia. Może należałoby pomyśleć o tym, żeby rola położnej w tym zakresie była zwiększona. Postulowaliśmy wielokrotnie do Ministerstwa Zdrowia, do Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby pomyśleć o tym, żeby jednak w ramach kompetencji położnych – akurat mówimy o położnych – ale również pielęgniarek pojawił się element, który pozwalałby położnej poprowadzić od początku ciążę fizjologiczną do fizjologicz-

nego porodu. Jakie pojawiają się problemy? Podstawowy problem pojawia się wtedy, kiedy kobieta w ciąży ma np. infekcję dróg moczowych. Zaczyna się problem związany z tym, że idzie na zwolnienie. W tym momencie zaczyna się już nie fizjologia, tylko patologia. Przynajmniej tak jest to traktowane przez system. Położna w tym momencie musi przekazać pacjentkę do lekarza ginekologa, co powoduje, że świadczenie, które mogłaby realizować położna, przestaje być dla niej dostępne, ponieważ musi przekazać kompetencje lekarzowi położnikowi czy ginekologowi. A więc może należałoby pomyśleć nad tym, żeby położnym, jak również pielęgniarkom dać możliwość wystawiania czasowego orzekania o niezdolności do pracy – ma to swoje konsekwencje – żeby nie zaburzać procesu. Tak naprawdę ciąża może być prowadzona, dlatego że nic takiego się w niej nie dzieje. W tym momencie dostępność do położnej na pewno jest większa. Produkt, który przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest promowany i realizowany, może byłby częściej wykorzystywany. Położna z racji tego, że jak wiadomo, jest ich więcej w systemie niż lekarzy położników, mogłaby udzielać więcej informacji kobiecie w ciąży przed porodem, żeby sytuacje, o których tutaj była mowa, nie miały po prostu miejsca, żeby źródłem informacji byli jednak specjaliści, medycy, a nie internet czy mediach społecznościowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, jak pan zacznie, to nie skończymy do godz. 15.00.

Pełnomocnik ds. legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, będzie pan zadowolony.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie. Spróbuję, raz zaryzykuję.

Pełnomocnik ds. legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Będzie pan zadowolony.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Jestem położnikiem, w związku z czym mam cierpliwość, ale pan jej nadużywa.

Pełnomocnik ds. legislacji Biura Związku Miast Polskich, sekretarz strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, drodzy państwo, chciałbym, po pierwsze, powiedzieć o jednym elemencie, który jest wynikiem wystąpienia mojego przedmówcy. Otóż chciałbym podać twarde dane dotyczące standardów wizyt i patronaży. Zestawiłem to w trzech województwach, gdzie jest podobna populacja. Są to Dolny Śląsk, Wielkopolska i Małopolska, gdzie mamy 3 miliony, 3,1 miliona i 3,2 miliona oraz podobną liczbę porodów. Przeczytam informację. W ciągu półrocza na Dolnym Śląsku było 103 tys. wizyt położnej, w Małopolsce 83 tys. wizyt i w Wielkopolsce 211 tys. wizyt. Zobaczcie państwo, że w Wielkopolsce jest prawie dwa i pół raza więcej niż w Małopolsce przy podobnej populacji. Patronaże. W Wielkopolsce było ich 94 tys., w Małopolsce 67 tys., na Dolnym Śląsku 43 tys. Ta sama Polska, a bardzo różnie to wygląda.

I jeszcze jedna rzecz. Chciałbym podziękować Ministerstwu Zdrowia oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia za to, co stało się w roku 2021 w kontekście tego, o czym rozmawiamy. Rozciągnięcie w zasadzie na wszystkie świadczenia możliwości rozliczenia właśnie wszystkich świadczeń dla osób poniżej 18 roku życia to był naprawdę przełom. Chciałbym o tym bardzo wyraźnie powiedzieć, dlatego że do tej pory to nie padło, a był to bardzo ważny element, który myślę, że znakomicie pomoże w rozwiązywaniu problemów dotyczących ginekologii i położnictwa oraz pediatrii. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że liczba dyskutantów wyczerpała się. Właściwie nie mam nic do powiedzenia jako położnik z wieloletnim doświadczeniem, co prawda teraz już niepraktykujący. Muszę natomiast powiedzieć, że jednak *tempora mutantur*, czasy się zmieniają.

To, do czego niektórzy się tu odwołują, niestety, już nie mam miejsca i nie będzie miało miejsca. To, że jest medykalizacja medycyny, jest tak oczywiste, że każdy to dzisiaj widzi. Sprofesjonalizowała się i pewnie tak zostanie. Nie wrócimy do postulatów pani posłanki Marceliny Zawiszy, która chciałaby, żeby był system Siemaszki, czyli wszędzie porodówka, wszędzie oddział położniczy, najlepiej jeszcze z pełnym zapleczem anestezjologicznym. Nie ma takiej możliwości, wręcz pewnie nie ma takiej możliwości na całym świecie.

Muszę powiedzieć, że jeżeli chodzi o pierwszą część, czyli o pediatrię, jest to ogromne wyzwanie, ponieważ mamy tu jednak do czynienia z ogromną sezonowością. Podzielam zdanie, wiem o tym, że dziecko najbezpieczniej jest leczone w domu, chociażby z tego powodu, że zakażenie szpitalne, które jest makabrycznie trudne dla dziecka w trudnej sytuacji, kiedy musi trafić do szpitala, jest dużym zagrożeniem. Nie jest tak, że jest ono do uniknięcia. Nie da się tego uniknąć. W szpitalach słabo jest z tym etapem. Wolimy tego nie dostrzegać, ale jest to prawda. Większość doświadczonych lekarzy doskonale o tym wie. Na pewno jest to wyzwanie, żeby skrócić opiekę szpitalną być może do jednodniowej. Nie wiem, czy wszędzie jest to możliwe, ponieważ nie jestem pediatrą.

Jeżeli natomiast chodzi o położnictwo i sprawę cięć cesarskich, to, co mówił pan o obumarłych ciążach, to nie jest tylko i wyłącznie aspekt samego porodu i samego oddziału. Jest to kwestia opieki okołoporodowej. Jest to też kwestia, którą poruszył tutaj przedstawiciel pielęgniarek i położnych. Być może w wielu przypadkach mówimy o banalnym zapaleniu dróg moczowych, ale czasami nie mówimy o banalnym zapaleniu dróg moczowych. Może być ogromny kłopot chociażby z powodu sprowokowania przedwczesnego porodu. Konsekwencją przedwczesnego porodu będzie wcześniak i będzie zwiększona umieralność, czy nam się to podoba czy nie. Taka jest statystyka.

Na koniec powiem, że zawód położnika staje się zawodem jednego z największych ryzyk we współczesnej medycynie, jeżeli chodzi o lekarzy. Chylę głowę przed tymi, którzy podejmują się tego wyznawana. Ilość różnego rodzaju nacisków, roszczeń i ryzyk związanych z porodem jest ogromna. Urodzenie zdrowego, żywego dziecka jest przecież celem każdej matki rodzącej i każdej rodziny, a powikłania zdarzają się i będą się zdarzać.

Czy jesteśmy w stanie, panie doktorze, uciec od takiej liczby cięć? Żyłem w czasach, zaczynałem w czasach, że kiedy jakiś oddział przekraczał 10% cięć, był jednym z najgorszych oddziałów położniczych w określonym województwie. Takie były czasy. Wtedy współczynnik jakości opieki okołoporodowej i porodów były określany porodami drogą natury, a cięcie cesarskie to zakłócało. Pewnie było to związane z postępami w anestezjologii. Jak zaczynałem swoją praktykę, kapało się eter. Dzisiaj mało kto wie, że była to główna metoda znieczulenia. Wtedy mówiło się, że cięcie cesarskie jest to uderzenie granatem w brzuch. Takie były konsekwencje cięcia cesarskiego. Dzisiaj oczywiście to się zmieniło, zmieniła się aseptyka sal, zmieniły się technologie, zmieniły się sposoby anestezjologiczne. Uciekło to, natomiast jest też duża presja z jednej strony kobiet, które boją się porodu. Pomimo iż rozwinęliśmy szkolnictwo okołoporodowe, boją się, co jestem w stanie zrozumieć. Z drugiej strony jest też ogromna presja na położnika, który musi dokonać pewnych wyborów. Nie zawsze to, co dzieje się w całym porodzie, który jest procesem wielogodzinnym, a sam akt porodu, trzecia faza porodu, czyli urodzenie dziecka trwa różnie długo, raczej jest krótkie... Konia z rzędem temu, kto jest w stanie przewidzieć, czy będzie to trwało pięć minut, dziesięć minut, czy będzie to tzw. poród domowy, czyli nastąpi w jednej minucie. Konia z rzędem temu, kto jest w stanie to przewidzieć. Aspektów jest tutaj bardzo dużo, wydaje mi się, że trzeba to wypośrodkować.

Jestem zwolennikiem restrukturyzacji oddziałów położniczych. Jakość i bezpieczeństwo pacjentki oraz noworodka są tu jednak najważniejsze. Nie da się wrócić do izb porodowych, a takie były. Nie da się wrócić ze względu na jakość opieki. Nie da się też wrócić do tego, co bardzo często proponowały pewne środowiska, zwłaszcza środowiska położnych, a mianowicie do porodów domowych. Dzisiaj mało kto zaryzykuje poród domowy, chyba że jest to celebrytka, która do porodu domowego ściągnie pięciu położników, dziesięciu anestezjologów, sześć położnych i dwóch neonatologów z pełnym osprzętem reanimacyjnym. Inni raczej tego nie zrobią.

Panie ministrze, oddaję panu głos na podsumowanie dyskusji. I chyba będziemy zamykać nasze posiedzenie Komisji.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję także państwu za dyskusję. Co prawda, te dwa tematy może troszeczkę różnią się od siebie, gdyż są to pediatra oraz ginekologia i położnictwo, niemniej państwa głosy, które się tutaj pojawiły, myślę, że są bardzo ważne. Jestem tylko chirurgiem, więc może też inaczej na to patrzę. Myślę, że to, co wybrzmiewało w państwa wypowiedziach, to to, że musimy stawiać na bezpieczeństwo pacjenta, czy to chodzi o dziecko, czy to chodzi o kobietę, która jest w ciąży, która będzie rodziła.

W tej chwili kładziemy także dosyć duży nacisk na pediatrię, ponieważ jak doskonale państwo wiecie, niektóre choroby wieku dziecięcego przebiegają w sposób bardzo burzliwy, bardzo szybki. Bez zaplecza szpitalnego, bez łóżek pediatrycznych wielu sytuacji nie da się opanować w sposób ambulatoryjny czy przez lekarza rodzinnego. Musimy mieć przygotowany bufor w postaci łóżek. Myślę, że wyzwaniem jest także to, żeby tak rozmieścić na mapie oddziały pediatryczne, żeby zaspokajały również potrzeby sezonowe. Doskonale państwo wiecie, że właśnie w okresie jesienno-zimowym przyjęć na oddziały pediatryczne jest zdecydowanie więcej niż w okresie letnim. Jak powiedział pan poseł Hok, w tej chwili jest wiele schorzeń, które wymagają opieki pediatrycznej wysokospecjalistycznej. Dzieci te raczej nie są leczone w powiatowych oddziałach pediatrycznych, tylko na oddziałach wysokospecjalistycznych. Dlatego w tym roku przekazaliśmy ponad 3 miliardy właśnie na oddziały, które leczą schorzenia bardziej zaawansowane niż zwykła biegunka czy choroba wirusowa u dziecka. Pieniądze są przeznaczone nie tylko na wyposażenie oddziałów, ale także na infrastrukturę. Myślę, że sytuacja, jeżeli chodzi o pomoc dzieciom ze schorzeniami wymagającymi opieki wysokospecjalistycznej, będzie zdecydowanie lepsza.

Była dyskusja na temat cięć cesarskich. Tutaj zawsze oddaję głos lekarzowi, który prowadzi ciążę. Jest to jego decyzja czy kobieta ma mieć wykonane cięcie cesarskie, czy ma urodzić w sposób naturalny. Naprawdę wyrokować nie ma sensu. Doskonale państwo wiecie, że jak kobieta w ciąży przychodzi do porodu, przychodzi jedna osoba, a muszą wyjść dwie, jak mówi mój kolega ginekolog. Czasem sytuacja jest bardzo delikatna, czasem decyzja musi być podjęta bardzo szybko. Jest to decyzja lekarza, który prowadzi, nie będę z tym dyskutował. Czy powinno być mniej czy więcej, to już zostawiam specjalistom.

Jeżeli chodzi o znieczulenia porodu, myślę, że to także jest dosyć ważny aspekt. Od 2016 roku znieczulenie jest w koszyku świadczeń gwarantowanych. Odbywa się to różnie w różnych szpitalach. Szpitale, które postawiły na to, żeby przyciągać chętne panie do rodzenia w ich oddziałach, na pewno znieczulenie mają w swojej ofercie. Jak państwo wiecie, wcale nie jest to prosty zabieg anestezjologiczny, nie wszyscy lekarze chcą się tego podjąć, ale także nie wszędzie anestezjologów jest tylu, żeby zapewnić dodatkową obsadę i opiekę właśnie w okresie znieczulenia porodu, szczególnie jeżeli porodów będzie mało. Wtedy trudno jest znaleźć anestezjologa, który będzie się tym zajmował, ale myślę, że jest to asumpt do tego, żeby w określony sposób organizować oddziały ginekologiczno-położnicze. Wielokrotnie namawiam dyrektorów, żeby dojść do porozumienia między szpitalami i tworzyć połączone oddziały, które będą świadczyły usługi dla większego terenu. Myślę, że aspekt ekonomiczny jest rzeczywiście ważny. Na pewno od tego nie uciekniemy. Wymusza to sytuacja demograficzna, ale także sytuacja kadrowa.

Dziękuję panu Wójcikowi za dosyć odważne tezy, że mamy za dużo oddziałów ginekologiczno-położniczych. Myślę, że wszyscy świadomie o tym mówimy i myślimy, tylko że sytuacja nie jest to prosta. Nie chciałbym, żeby było to podjęte na drodze czysto administracyjnej. Na pewno wielu dyrektorów szpitali, szczególnie powiatowych, ma dylemat, czy utrzymywać taki oddział czy nie, mimo że niejednokrotnie w rachunku ekonomicznym oddział niestety przynosi straty, gdyż przez całą dobę trzeba utrzymać personel, który jest gotowy do przyjęcia porodu, a porodów może być mniej. Wtedy Narodowy Fundusz Zdrowia płaci mniej pieniędzy niż gdyby było ich dużo. Myślę, że jest to temat, nad którym dyrektorzy szpitali na pewno wielokrotnie się zastanawiają, ale jak pan przewodniczący wie, jest wiele aspektów, które powodują, że czasami decyzje nie są podejmowane.

Proszę państwa, dziękuję za te dwa tematy, które się pojawiły na posiedzeniu Komisji. Myślę, że jest to bardzo ważne, żeby Polki miały świadomość, że warto rodzić, że staramy się, żeby warunki, jeżeli chodzi o porody, były na jak najwyższym poziomie. Tutaj nie zgodzę się z panią poseł Zawiszą, że są takie miejsca, gdzie pacjentki rodzą na podłodze, itd. Powiem szczerze, że nie spotkałem się z taką sytuacją. Są takie miejsca, gdzie panie rzeczywiście wybierają szpitale. Jest to trochę szemrana informacja, że tam jest fajnie. Chwilami osób do rodzenia może być rzeczywiście dosyć dużo, ale nie sądzę, żeby dochodziło do aż takich drakońskich sytuacji, jak to przedstawiała pani poseł.

To tyle z mojej strony, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, za przedstawienie informacji. Sądzę, że omówiliśmy ważny problem. Wydaje mi się, że zakończyliśmy dyskusję.

W związku z tym wyczerpaliśmy porządek dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie Komisji. Jednocześnie informuję, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu. Dziękuję bardzo.